

年 月 日

武蔵村山市長 殿

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電 話 _____ () _____

国民健康保険・後期高齢者医療保険人間ドック等受診料助成金交付申請書

下記のとおり人間ドック等（人間ドック・脳ドック）を受診したので、助成金の交付を申請します。

記

受 診 者	国民健康保険 被保険者記号		番号	(枝番)
	後期高齢者医療保険 被保険者番号			
	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	年 齢	歳		
	世帯主との続柄			
受 診 日		年	月	日
保険医療機関所在地				
保険医療機関名称				
申 請 金 額		円		

備考1 年齢は、受診日現在の年齢を記入してください。

2 人間ドック等の受診料の領収書及び受診結果（写し可）を添付してください。